DISSERTATION

N° 137.

SUR

L'APOPLEXIE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 juillet 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR JEAN-BAPTISTE-LOUIS CHICHÉ, de Frossay,

Département de la Loire-Inférieure.

Illa ars quæ sanitatem et longam vitam mortalibus promittit, dolores ac morbos propulsat, et ob præstantissimum usum planè divina est ; meritò ab omnibus incertis opinionibus, fictionibus et hypothesibus libera et immunis esse debet.

FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine de Paris, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnab.
Breschet.	Moreau.
Capuron.	Murat.
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné, *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Coutanceau, *Examinateur.*	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubrye, *Suppléant.*	Ruillier.
Gérardin.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jacioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A

MON ONCLE L. FOUCHER.

Silentium facundius verbis.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

Pignus amoris.

J. B. L. CHICHÉ.

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

Quoique le cerveau ait attiré le premier l'attention des médecins, qu'il ait été spécialement soumis au scalpel de l'anatomiste, aux expériences du physiologiste et aux explorations du praticien; cet organe est encore, sous le triple rapport de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, un des plus imparfaitement connus : le voile mystérieux qui recouvre les secrets de son organisation et de ses fonctions s'étend sur ses affections morbides.

En effet, l'apoplexie (ἀποπλήττειν, frapper fort, abattre), de toutes les maladies du cerveau la plus fréquente comme la plus terrible, à raison de la rapidité avec laquelle elle vient ravir l'existence, a été jusqu'à nos jours méconnue dans sa véritable nature, malgré les recherches et les dissertations nombreuses auxquelles elle a donné lieu; les auteurs, même les plus modernes, sont encore en divergence d'opinion sur ce point de médecine.

Entreprendre de décrire les diverses théories sur la nature de l'apoplexie, qui ont tour à tour régné dans les écoles, serait dépasser les limites que je me suis tracées : aussi me bornerai-je à les indiquer d'une manière sommaire et précise.

Pendant qu'un respect superstitieux empêchait d'interroger l'homme mort, pour en faire ressortir des lumières sur l'homme

vivant, les médecins n'ayant pour guide, dans leurs travaux, que leur imagination, expliquaient chacun à leur manière la formation de l'apoplexie ; et c'est de là qu'ont été engendrées tant d'hypothèses qui aujourd'hui nous paraissent si ridicules. Ainsi les uns l'attribuaient à des vents intérieurs, d'autres à l'érosion du cerveau, à son échauffement, au refoulement du sang, ou à son mélange avec la pituite, etc. *Arétée*, outre le refroidissement, y voyait une stagnation subite du sang. *Galien* supposait la réplétion instantanée des ventricules du cerveau, et il la faisait consister dans l'écoulement des esprits animaux. *Avicenne* pensait que l'obstacle survenu dans la circulation des esprits sensitifs et moteurs, provenait de l'obstruction des vaisseaux. *Nymman* croyait à l'oblitération subite du pressoir d'*Hérophile*. Enfin *Paracelse* alla jusqu'à supposer trois gouttes de sang suspendues au cerveau, et qui, suivant que la droite, la gauche, ou la centrale tombaient sur le cœur, déterminaient la paralysie du côté droit, du côté gauche, ou la mort.

A l'époque où l'étude de l'anatomie pathologique commença à ouvrir une carrière nouvelle aux observateurs, on rechercha avec empressement les altérations morbides de l'encéphale ; et, comme le plus souvent on rencontrait des collections de sang ou de sérosité dans le crâne des individus atteints d'une mort prompte, on fut naturellement porté à attribuer l'apoplexie à la compression qu'exerçaient ces liquides sur le cerveau : de là, sa division en *sanguine* et en *séreuse*, théorie mécanique qui fut adoptée et enseignée dans les écoles, et dont *Morgagni* et *Boerhaave* furent les plus zélés défenseurs. On en admit une troisième espèce appelée *nerveuse* par quelques auteurs, lorsqu'on ne trouvait pas de lésions appréciables.

Si des auteurs anciens on passe aux modernes, MM. *Portal* et *Montain* rejettent l'apoplexie séreuse : le dernier de ces deux médecins, n'ayant égard qu'à la réplétion du système sanguin supérieur, veineux et artériel, ne reconnaît que des apoplexies *veineuses* et *artérielles*.

M. *Moulin*, ne considérant que la présence ou l'absence des symptômes fébriles, divise l'apoplexie en *active* et en *passive*.

M. *Serres*, après avoir combattu la plupart des divisions établies par les auteurs, regarde comme une hypothèse l'opinion des médecins qui attribuent cette maladie à l'épanchement, dans le cerveau ou à sa surface, des fluides qui, suivant lui, ne sont qu'une conséquence d'une lésion des méninges ou de l'encéphale, lésion qui constitue l'apoplexie, tandis que l'épanchement n'est que passif dans le cerveau : et c'est de là qu'il part pour établir une *apoplexie méningée*, qu'il subdivise en cinq variétés relatives à la nature de l'épanchement et à celle du vaisseau ouvert ; et une *apoplexie cérébrale*, à laquelle il reconnaît également cinq variétés dépendantes de l'étendue et du siége de la paralysie qui en est la suite.

Enfin M. *Richond*, dans un mémoire couronné par l'académie de médecine de Bordeaux, frappé des nombreuses altérations morbides du canal digestif rencontrées dans le cadavre des apoplectiques, regarde comme la cause immédiate de l'apoplexie, l'exaltation brusque d'une inflammation chronique de l'encéphale, sous l'influence d'une gastro-entérite.

Il serait inutile de grossir davantage cette dissertation par d'autres citations que je pourrais ajouter à celles qui précèdent, je crois qu'il sera facile de juger qu'on a fait à tort de l'apoplexie un genre dans lequel on a groupé non-seulement la majeure partie des maladies de la tête, mais encore plusieurs autres qui sont étrangères au cerveau et à ses membranes.

Je suis trop persuadé de l'erreur dans laquelle sont tombés les auteurs en voulant réunir sous un même nom des affections différentes, pour ne pas restreindre le domaine de l'apoplexie dans ses véritables limites, et pour ne pas déterminer sa signification d'une manière précise et claire. Je dirai donc, avec MM. *Richerand*, *Lallemand*, *Rochoux* et *Rostan*, qu'on doit réserver le nom d'apoplexie au seul épanchement de sang, ou à l'hémorrhagie cérébrale produite spontanément dans l'intérieur du crâne. Néanmoins, à côté de l'inconvénient d'accorder une grande extension à la dénomination d'une maladie, se place naturellement celui d'une trop grande concision,

parce qu'alors on est dans la nécessité, pour se faire entendre, de donner des noms différens à des affections identiques, et d'ériger ainsi en maladies spéciales les divers degrés d'une même maladie.

Afin d'obvier à cet inconvénient, et pour réunir sous l'expression générique d'apoplexie, l'épanchement de sang et la congestion brusque et générale des vaisseaux sanguins cérébraux avec dilatation de leurs parois, congestion qui produit tous les symptômes de l'hémorrhagie, qui reconnaît les mêmes causes, qui s'accompagne, comme elle, d'une mort instantanée, et qui explique d'une manière satisfaisante la formation des appoplexies *nerveuses* et *intermittentes* des auteurs; je hasarde cette définition, à laquelle, d'ailleurs, je n'attache que peu d'importance. Ainsi je définis l'apoplexie « une fluxion cérébrale brusque, suivie ou d'une hémorrhagie par rupture des vaisseaux sanguins cérébraux, ou d'une accumulation de sang dans ces mêmes vaisseaux avec distension de leurs parois; produisant par la compression générale, ou par la désorganisation partielle de la substance du cerveau, l'abolition totale ou incomplette des fonctions de la vie animale, celles de la vie organique étant peu lésées, et se terminant par la mort plus ou moins prompte, l'hémiplégie, ou le retour à la santé. »

Causes. Elles sont ou prédisposantes ou efficientes. Les premières étant particulières à l'individu, ou bien se rattachant à l'hygiène, je les diviserai en prédisposantes individuelles et en hygiéniques.

Causes prédisposantes individuelles. L'influence de l'âge, dans la production de l'apoplexie, ne peut plus être contestée. L'observation prouve que cette maladie est plus fréquente de soixante à soixante-dix ans, qu'à toute autre époque de la vie, et qu'elle l'est d'autant moins que le sujet est plus jeune. M. *Richerand* attribue cette disposition à ce que le cerveau, par suite du cercle qu'a parcouru l'énergie vitale dans les âges antérieurs, est redevenu le centre de fluxion.

Il n'est pas encore bien démontré que tel ou tel tempérament soit une prédisposition à l'apoplexie ; néanmoins, on s'accorde assez généralement à regarder comme cause prédisposante, la constitution dite *apoplectique*, caractérisée par un embonpoint excessif, un cou gros et court, supportant une tête volumineuse ; des épaules larges, une poitrine vaste, une taille petite, un pouls dur et plein, une disposition au sommeil et à la bonne chère. Il y a quelques médecins qui ont prétendu reconnaître une disposition héréditaire ; mais cela est loin d'être prouvé. L'opinion qui me paraît la plus vraisemblable est que les enfans nés de parens apoplectiques peuvent avoir reçu en partage une constitution semblable, et alors être prédisposés à l'apoplexie ; mais je suis très-éloigné de croire qu'ils soient condamnés à périr de cette affection.

La différence de sexe ne donne pas de grands résultats, et l'on voit l'apoplexie frapper indistinctement les hommes et les femmes. *Quarin* prétend que les premiers y sont plus sujets. M. *Serres* pense le contraire, et sur quarante-une apoplexies il en a trouvé trente-trois chez les femmes.

Voilà pour ce qui regarde les causes prédisposantes individuelles qui sont en rapport avec l'état physiologique de l'économie et des diverses fonctions qui l'entretiennent, causes par lesquelles la santé ne se trouve point ou n'est que peu compromise. Mais il en est d'autres que l'on peut regarder aussi comme prédisposantes, et qui constituent déjà un état maladif par le trouble qu'elles jettent peu à peu dans les fonctions, et dont l'influence destructive, ignorée en quelque sorte depuis long-temps, finit par produire un orage prompt et subit, d'autant plus funeste qu'il a été amené pas à pas. Je rangerai dans ces dernières l'hypertrophie du cœur, que *Corvisart*, et, après lui, M *Bricheteau*, regardent comme une des causes les plus communes de l'apoplexie ; les ossifications et les autres altérations organiques des gros vaisseaux, offrant à la circulation un obstacle qui, cependant, comme nous le remarquerons avec M. *Rostan*, peut fort bien aussi en être un à la formation de l'apoplexie, loin de la favori-

ser, selon le siége qu'il occupe. Car supposons qu'il se trouve à l'origine de l'aorte ou dans les carotides, ne ralentira-t-il pas la marche ascendante du sang? ne détruira-t-il pas une partie de la force impulsive transmise à ce fluide par les contractions du cœur?

Outre ces troubles de la circulation artérielle, l'oblitération des veines partant du cerveau peut encore déterminer l'apoplexie par la stagnation et le refoulement du sang vers leur origine : on en trouve des exemples à la suite de l'obstruction de la veine jugulaire interne, et tous les praticiens savent qu'elle a été plusieurs fois produite par des anévrismes de l'aorte.

Il ne faut pas croire qu'il n'y ait que ces obstacles situés près du cœur, qui puissent favoriser l'apoplexie : M. *Richerand* l'a vue survenir après l'amputation de la cuisse, la ligature de l'artère crurale; et l'expérience a prouvé que des tumeurs, développées dans l'abdomen et dans le petit bassin, telles que la grossesse, pouvaient, en comprimant les gros vaisseaux, devenir des causes de cette maladie, que la ligature du cordon ombilical détermine quelquefois chez les nouveaux-nés.

Selon MM *Chaussier*, *Lallemand* et *Béclard*, la faiblesse originelle des vaisseaux du cerveau, ou les maladies dont ils auraient été affectés, prédisposent, dans beaucoup de cas, à l'hémorrhagie cérébrale, qui, chez les vieillards, d'après *Hodgson*, est souvent déterminée par l'ossification qui favorise singulièrement leur rupture.

Les inflammations du cerveau et de ses enveloppes, le coryza, les maladies convulsives, l'épilepsie, l'hypochondrie, la manie d'après M. *Bayle*, le ramollissement du cerveau, que M. *Rostan* regarde comme une maladie primitive, sont autant de causes qui peuvent prédisposer à l'apoplexie.

Un état morbide plus fréquent encore que les précédens, et peut-être la cause la plus puissante de prédisposition, c'est l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. On a assez généralement fait peu d'attention à cette maladie lorsqu'elle existait simultanément avec l'apoplexie. Souvent même on a dirigé toute son attention vers

les désordres du crâne, sans tenir compte de ceux de l'abdomen ; ou, si on l'a fait, on a rarement pensé à rapprocher entre elles deux affections dont le siége éloigné ne faisait pas soupçonner la coïncidence. C'est tellement vrai, que nous voyons dans les auteurs beaucoup de cas où une apoplexie est venue terminer une inflammation des meninges, amenée elle-même par celle de la muqueuse gastro-intestinale. Je pourrais rapporter ici beaucoup d'observations à l'appui de ce que j'avance ; mais je me contenterai de citer celle-ci, tirée de *Morgagni* (Lett. 3, § 2). Cet illustre médecin rapporte l'histoire d'une femme très-replète, tourmentée depuis long-temps de fréquentes coliques, dont elle prétendait se soulager en prenant beaucoup de vin sans eau Cette femme fut trouvée morte d'apoplexie. A l'ouverture, on trouva du sang épanché sur toute la surface de l'hémisphère droit, etc. « Le colon, presque tout entier, était en « quelque sorte semblable à celui d'un chien, tant ses cellules étaient « peu nombreuses, et rares ; il était rétréci dans une grande éten- « due, etc. ; une mauvaise odeur s'exhalait, comme dans les gan- « grènes commençantes des intestins ; et, en effet, les intestins « grêles étaient çà et là d'une couleur de sang foncé (1). » M. *Richond* (Mémoire déjà cité) accorde à l'estomac une influence immense sur la production de l'apoplexie: ; il prétend que les phénomènes cérébraux, développés par la participation de l'encéphale à l'inflammation de l'estomac, ne sont pas toujours un effet purement sympatique, mais bien souvent une véritable affection du cerveau ou de ses membranes. Je ne partage pas tout-à-fait l'opinion de cet auteur ; mais je suis persuadé que, vu l'influence sympathique de l'estomac sur le cerveau, tant en état de santé qu'en état de maladie, toutes les causes qui tendront à irriter le système digestif, pourront, par sympathie, prédisposer à une congestion cérébrale : aussi je n'adopte point l'opinion de M. *Serres*, q i pense que les

(1) *Fœtor erat quidam ut in gangrenis incipientibus intestinorum et tenuia quidem colore erant hìc illìc sanguineo saturatiori.*

altérations gastro-intestinales trouvées à l'autopsie des apoplectiques, dépendent toujours et exclusivement des remèdes violens qui leur ont été administrés.

Causes prédisposantes hygiéniques. Le rapport des différentes saisons avec l'apoplexie ne paraît pas assez certain, pour qu'on puisse prononcer affirmativement à quelle époque de l'année cette affection est plus fréquente. *Hippocrate* la range au nombre des maladies qui se déclarent dans les temps de pluie ou pendant l'hiver. *Morgagni*, et presque tous les médecins qui ont écrit avant et après lui, regardent l'hiver et les climats froids, tels que la Hollande, l'Allemagne, l'Angleterre, etc., comme y disposant davantage. M. *Rochoux* n'a pas trouvé dans les quatre saisons une différence très-notable. M. *Rostan* pense que le passage subit du froid au chaud et celui du chaud au froid la favorisent.

L'expérience n'a pas encore suffisamment apprécié l'influence que les professions exercent sur la production de cette maladie ; néanmoins une vie molle et oisive semble plus y disposer qu'une vie active : aussi, dit *Ponsart*, il y a plus de moines et de financiers apoplectiques que de paysans. Cependant, l'apoplexie est souvent le triste apanage de l'homme qui, par sa profession, est soumis à des veilles opiniâtres, à des travaux de cabinet excessifs, à une position dont l'effet prolongé est d'augmenter l'afflux du sang vers la tête, ou à des efforts violens de l'appareil respiratoire, etc.

Si j'ajoute à ces causes les ligatures où les vêtemens trop serrés, surtout la cravate ; les bains trop chauds ou trop froids ; les excès de table, et surtout l'abus des boissons alcoholiques; les alimens échauffans (1) ; la constipation ; les excès dans les plaisirs de l'amour, surtout à un âge où la nature ne permet plus d'en user qu'avec réserve; la suppression d'évacuations habituelles, telles que les mens-

(1) M. *Rostan* rapporte dans son hygiène que deux frères furent frappés d'apoplexie pour avoir fumé, l'un dix-sept sigares, et l'autre dix-huit.

trues, etc.; l'omission d'une saignée, le desséchement d'un ulcère, la suppression de la sueur, etc.; l'action trop long-temps continuée des émotions vives de l'âme; les chagrins et les passions tristes : j'aurai énuméré à peu près toutes les prédispositions indiquées par les auteurs.

Causes efficientes. La continuité d'action des causes prédisposantes, peut, dans beaucoup de cas, déterminer l'apoplexie. Mais il en est d'autres qui peuvent la produire subitement en déterminant un afflux plus considérable de sang vers la tête ; telles sont : les indigestions ; l'ivresse ; un violent accès de colère ; le coït chez le vieillard ; les grands efforts de la respiration dans de violens accès de toux, de suffocation dans les vomissemens, en allant à la garderobe, etc. : on pourrait ajouter les secousses violentes que l'on imprime en différens sens à la tête. *Slvogt* (*Dissert. de durâ Matre*) parle d'un enfant de la campagne que son maître en colère saisit au sommet de la tête, et tira vivement à lui en le secouant : cet enfant mourut d'apoplexie la nuit suivante. Le péricrâne était arraché à l'endroit où avait été saisi l'enfant, et on observa du sang qui s'étendait au loin dans la dure-mère, ainsi que dans les ventricules, et qui provenait de la rupture de quelques vaisseaux.

Symptômes précurseurs. D'après les beaux travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps sur les maladies du cerveau, on serait tenté de croire que les symptômes précurseurs de l'apoplexie n'appartiennent point spécialement à cette maladie ; et il est même très-probable qu'on ne les aura considérés comme tels, que parce que l'apoplexie est souvent déterminée par une affection organique du cœur, un ramollissement du cerveau, ou quelques autres affections de cet organe auxquelles on doit les rapporter. Quoiqu'il en soit, voici ceux que les auteurs ont désignés : la scotodynie, les tintemens d'oreilles, une douleur de tête plus ou moins vive, une altération momentanée des facultés intellectuelles, la perte de la mé-

moire, un bégaiement accidentel, l'impossibilité subite et passagère de parler, une tendance invincible au sommeil, un état d'hébêtement, une rougeur subite du visage avec apparition de bluettes lumineuses, le gonflement des jugulaires, les palpitations, le soda, le cauchemar, le tremblement de tout le corps, les lassitudes des membres inférieurs avec menace de chute, les crampes, les engourdissemens, les fourmillemens de ces mêmes parties, etc. Tous ces signes sont très-incertains, et se présentent rarement à l'observation; le plus souvent l'apoplexie n'est précédée d'aucun d'eux; l'individu qui en est frappé chancelle, et tombe sans connaissance.

Symptômes de l'attaque. Ils se rapportent essentiellement à un trouble plus ou moins profond dans les fonctions cérébrales, et à la lésion plus ou moins considérable de la sensibilité et du système musculaire.

D'après la définition que j'ai donnée de l'apoplexie, et pour mettre moins de confusion dans la description de ses symptômes, je vais les exposer séparément suivant qu'ils sont le résultat d'une congestion avec épanchement, ou la suite d'une congestion sanséphanchement.

Congestion cérébrale sans épanchement de sang. L'invasion est toujours brusque et donne lieu aux mêmes symptômes que l'hémorrhagie : mais on l'en distingue par la promptitude avec laquelle les accidens disparaissent; car cette affection, vulgairement appelée *coup de sang*, ne dure ordinairement qu'un instant, et il est très-rare qu'elle se prolonge au-delà de deux jours, si on donne les soins nécessaires au malade. Elle s'annonce par la perte subite et instantanée de connaissance, un coma profond. La face devient rouge, violette et même livide; dans quelques cas, les épaules participent à la congestion de la tête; les membres sont privés de mouvemens, et la paralysie, au lieu d'affecter un seul côté, se porte ordinaire-

ment sur les deux à la fois. Il peut cependant arriver que la congestion frappe plus fortement un côté du cerveau que l'autre, ce qui pourrait faire croire qu'il existe un très-petit épanchement, puisqu'il y a engourdissement des membres de tout un côté du corps, dilatation inégale des pupilles, distorsion de la bouche, etc.; mais la cessation des accidens, qui disparaissent en très-peu de temps, lors même que cette congestion surviendrait chez un individu anciennement paralysé, ne laisse pas long-temps le médecin dans l'incertitude. Enfin, il arrive quelquefois que la congestion cérébrale ne détermine aucune paralysie, mais que le malade crie, s'agite et délire. Cette série de symptômes ne se présente pas toujours: et, même le plus souvent, cette apoplexie qui, lorsque la pléthore cérébrale est excessive, tue subitement celui qu'elle attaque, n'est qu'éphémère; et les symptômes les plus effrayans se dissipent en peu de temps sous l'influence d'un traitement approprié, et ne laissent après eux qu'un état de somnolence qui se dissipe peu à peu et est accompagné d'un trouble dans les fonctions intellectuelles, qui reviennent par degré à leur type normal, ainsi que les mouvemens des muscles soumis à la volonté, sans qu'il reste de traces de paralysie, le cerveau n'ayant pas été désorganisé et n'ayant éprouvé qu'une compression passagère.

Hémorrhagie cérébrale. L'épanchement de sang qui s'est formé dans la substance du cerveau déterminant des accidens d'autant plus graves qu'il est plus considérable et que la substance désorganisée est plus importante à la vie, je suis naturellement conduit à distinguer une hémorrhagie *faible*, lorsque l'épanchement est de la grosseur d'une noisette, une *forte*, lorsque l'épanchement est gros comme un œuf de poule, et enfin une *très-forte* lorsqu'un épanchement occupe tout un hémisphère.

Cette division est certainement inexacte, puisqu'un petit épanchement de sang dans la protubérance annulaire, par exemple, pourra simuler un épanchement considérable; mais comme la gravité du

mal sera en rapport avec les symptômes et que le médecin ne se trompera que sur la quantité de sang épanché, cet inconvénient ne peut pas nuire au malade, puisque le prognostic et le traitement doivent être les mêmes.

Symptômes, marche, durée et terminaison de l'hémorrhagie faible. Il peut arriver qu'un épanchement de sang, quoique peu considérable, siége dans une partie du cerveau très-importante à la vie, et qu'il détermine les mêmes accidens qu'une hémorrhagie très-forte. Mais le plus ordinairement ceci n'a point lieu, et le malade se voit avec surprise privé de l'usage d'un membre ou de tout un côté du corps sans qu'il y ait perte de connaissance. Est-il debout, il sent qu'il va tomber du côté paralysé; la bouche est entraînée par les muscles du côté sain; la langue embarrassée n'articule plus que des mots entrecoupés, et se dévie, en sortant, du côté paralysé. Tantôt il y a prolapsus de la paupière supérieure, accompagné de strabisme; tantôt les pupilles sont inégalement dilatées, pour l'ordinaire, du côté paralysé. Le visage quelquefois rouge, d'autres fois pâle, conserve souvent sa couleur naturelle. La sensibilité n'est jamais assez altérée pour qu'elle soit complètement éteinte. Le plus souvent la paralysie n'étant qu'incomplète, l'intelligence reste intacte, et le malade peut rapporter ce qui lui est arrivé: presque toujours il assure avoir éprouvé au moment de l'attaque un engourdissement dans les parties affectées. Dans le cas de paralysie d'un des bras; veut-il le porter à la tête, on voit qu'il le soulève avec lenteur, et qu'il le laisse retomber après quelques mouvemens incertains. Les autres fonctions ne présentent rien de bien remarquable: la respiration est naturelle, le pouls est un peu plus développé et plus fréquent, et la peau conserve à peu près sa température ordinaire.

Ces phénomènes manquent quelquefois, ou du moins, quelques-uns d'entre eux: d'autres fois les symptômes débutent avec plus d'intensité, et il n'est pas rare de voir le malade perdre connais-

sance et rester quelque temps dans une sorte d'assoupissement ; cet état dure peu et ne se prolonge jamais au-delà d'une à deux heures. Ce n'est qu'à dater du moment où l'apoplectique a repris sa connaissance, que le médecin peut bien juger du degré de paralysie des membres et des autres lésions. Mais comme dans la plupart des cas cette hémorrhagie ne détermine que des altérations peu profondes, si l'on a soin de prévenir les nouveaux accidens, on voit ceux qui existent disparaître insensiblement, l'apoplectique entrer en convalescence et être guéri en trois ou quatre semaines : quelquefois néanmoins, il conserve un peu de faiblesse et d'engourdissement du côté paralysé, mais presque jamais d'infirmités graves.

Symptômes, marche, durée et terminaison de l'hémorrhagie forte. La personne qui en est affectée tombe sans connaissance; le visage et le cou deviennent plus ou moins rouges et tuméfiés, les artères carotides et temporales battent avec force, la bouche est ordinairement rétractée d'un côté, et la vision altérée à des degrés différens ; assez souvent on rencontre le strabisme et le prolapsus de la paupière supérieure; le malade est plongé dans un coma profond, n'entend ni ne parle, et présente une hémiplégie avec lésion plus ou moins intense de la sensibilité. Les autres fonctions sont plus altérées que dans le cas précédent, la respiration est accompagnée d'un râle muqueux et sibilant, quelquefois cependant elle est naturelle. Le pouls est fort et fréquent, la chaleur de la peau est augmentée vers la tête, les excrétions sont involontaires, souvent on observe des régurgitations et des vomissemens.

Cet état, le plus ordinairement, dure quelques momens, plusieurs heures, et même plusieurs jours, et il est des cas malheureux où, malgré les moyens les plus énergiques, le mal fait des progrès et l'apoplectique périt comme s'il eût été frappé d'une hémorrhagie très-forte. Quelquefois le médecin est assez heureux pour faire cesser la perte de connaissance ; mais, souvent dans ce cas, le mieux ne dure que quelques secondes, et le malade retombe dans le coma

d'où il était déjà sorti. D'autres fois, après l'avoir fait sortir de sa léthargie pour lui adresser quelques paroles, il répond, si la langue est assez libre, quelques mots entrecoupés, puis retombe dans un sommeil qui peut se prolonger plusieurs jours. Si l'on parvient à dissiper les premiers accidens; si la connaissance revient; si, après un examen attentif, le médecin reconnaît que les lésions ne sont pas trop profondes, et qu'on peut espérer la résorption du sang épanché dans le cerveau, voici ce qu'on observe : après deux ou trois jours, il se manifeste un peu de fièvre, le malade commence bientôt à exécuter quelques petits mouvemens, qui deviennent de plus en plus marqués. A mesure que cet heureux changement s'opère, l'apoplectique éprouve dans les membres, des fourmillemens; la paupière supérieure se relève; le globe de l'œil reprend sa direction naturelle; la bouche cesse d'être contournée; la langue, d'être déviée en sortant; les forces augmentent; et au bout d'un ou deux mois le malade est guéri, ou ne conserve plus qu'un peu de faiblesse du côté paralysé.

Ces cas sont les plus favorables, mais malheureusement les plus rares. Très-souvent on observe des lésions qui persistent malgré toutes les ressources de la médecine, et le malade est exposé à rester paralysé le reste de sa vie. Il est cependant rare que les deux membres d'un même côté continuent de l'être au même degré. L'hémiplégie n'est pas la seule infirmité que laisse après elle l'apoplexie : les sécrétions continuent d'être involontaires; le prolapsus des paupières, le strabisme, et diverses autres altérations de la vue ou de l'ouïe persistent fréquemment; la commissure des lèvres reste contractée : de là, une salivation continuelle; la langue paralysée, d'où résulte une grande difficulté, soit pour parler, soit pour boire, soit pour broyer les alimens. Outre ces infirmités, il en est encore d'autres plus déplorables, puisqu'elles ne laissent de l'homme que le nom à l'infortuné qui les offre, en effaçant en lui la plus belle empreinte du cachet de la divinité, son intelligence. Ainsi la mémoire s'altère et s'évanouit; et, dans un véritable état de démence et de

stupidité, il pleure et rit sans sujet comme un enfant. Enfin, d'autres, réduits à la vie organique, semblent du degré le plus élevé de l'échelle animale être descendus vers le plus bas, pour montrer à l'homme combien est fragile son organisation.

Symptômes, marche, durée et terminaison de l'hémorrhagie très-forte. L'individu qui en est frappé tombe sans connaissance; la face tantôt vultueuse, tantôt pâle, le devient quelquefois alternativement; d'autres fois, elle offre une sorte de stupéfaction très-remarquable. La bouche est souvent écumeuse et remplie de mucosités qui s'en écoulent; les yeux sont rouges et fixés en haut, la rétine est plus ou moins insensible, et la pupille inégalement dilatée. Les muscles des paupières et ceux des joues sont paralysés; c'est alors que l'air chassé de la poitrine à chaque mouvement expiratoire, produit un bruit assez analogue à celui que font les fumeurs, quand ils renvoyent la fumée dont ils ont remplis leur bouche. De-là, l'expression de *fumer la pipe*, phénomène particulier, qui, suivant M. *Landré-Beauvais*, est d'un très-mauvais augure. Le malade, jeté dans un carus très-profond, est entièrement étranger à tout ce qui se passe autour de lui; rien ne l'affecte, rien ne l'émeut; ses membres, pour l'ordinaire, sont dans une résolution et une insensibilité complètes. Néanmoins on rencontre des cas où un côté du corps est paralysé à un moindre degré, et dans lequel le sentiment n'est pas tout-à-fait éteint. Quant aux autres fonctions, elles sont fortement altérées: la respiration est forte, ronflante et stertoreuse; le pouls est tantôt fort et fréquent, tantôt faible, concentré et irrégulier. Les excrétions ne peuvent plus être retenues, les urines sortent quelquefois par regorgement; la chaleur de la peau, d'abord augmentée surtout au cou et à la tête, diminue à mesure qu'on approche des extrémités; la poitrine se couvre d'une sueur froide et visqueuse; le râle augmente; la difficulté de respirer devient extrême; le pouls faiblit, devient tumultueux, de plus en plus rare; et enfin, insensible, le cœur cesse de battre, et le malade n'existe plus.

Il est facile de voir, d'après ce court aperçu, que l'hémorrhagie très-forte doit avoir une durée courte et une terminaison funeste. En effet, il est extrêmement rare qu'elle ne se termine pas par la mort, qui n'arrive jamais au moment de l'attaque, comme l'ont dit certains auteurs, mais toujours quelques instans, quelques heures et même quelques jours après, comme nous l'a fait observer M. *Rostan*.

Les auteurs rapportent des exemples de guérison; dans ces cas rares, la durée doit être très-longue et la marche analogue à celle de l'hémorrhagie moyenne.

Diagnostic. La nature se complaît à réunir et à confondre ce que nous cherchons à séparer par la pensée. Ce n'est que dans les degrés moyens, qu'une maladie présente des symptômes caractéristiques; à mesure qu'elle s'aggrave, les traits distinctifs s'effacent... Ces réflexions s'appliquent spécialement aux maladies cérébrales; car celles-ci se terminent toutes par une paralysie plus ou moins générale du sentiment et du mouvement, et alors les médecins sont forcés de rester dans le doute. Mais, comme il est du plus haut intérêt pour le malade, que le médecin, qui possède sa confiance, parvienne à un diagnostic juste et précis, je vais essayer de faire ressortir les signes caractéristiques qui peuvent nous faire distinguer l'apoplexie des autres affections, avec lesquelles on pourrait la confondre. Je m'abstiendrai de parler du coma, du cataphora, du carus et de la léthargie, parce que ce ne sont point des affections caractérisées par des lésions cadavériques propres, mais par des termes employés pour désigner les nuances variées qu'offrent les maladies cérébrales. Limité dans mon travail, je ne chercherai pas non plus à exposer les signes différentiels de l'apoplexie avec l'arachnoïdite, l'encéphalite, l'hystérie, la catalepsie, l'épilepsie et l'ivresse, maladies qui, d'ailleurs, dans leur degré moyen, se présentent sous des signes faciles à reconnaître. Il en sera de même de la syncope et de l'asphyxie, qui s'en distinguent, l'une par l'absence du pouls, et l'autre, par celle de la respiration; et enfin, du

squirrhe et du cancer du cerveau, des tumeurs fibreuses et fongueuses de la dure-mère, des hydatides et des acéphalocystes, des tubercules, des tumeurs osseuses de la face interne des parois du crâne, affections toujours funestes, mais faciles à distinguer de l'apoplexie par la lenteur avec laquelle elles marchent.

Il est d'autres maladies du cerveau qui simulent l'apoplexie, de telle sorte que le diagnostic présente beaucoup de difficulté : je veux parler de l'hydrocéphale et du ramollissement du cerveau.

L'hydrocéphale peut être aiguë ou chronique. La première, provenant d'une encéphalite ou d'une arachnoïdite, sera nécessairement précédée des symptômes propres à ces deux affections et par conséquent distinctifs. D'autre part, la collection séreuse ayant lieu dans les deux ventricules à la fois, ou à la surface du cerveau, produira une hémiplégie double, tandis que dans une apoplexie d'une intensité modérée il n'y aura qu'hémiplégie simple, et alors elle ne pourrait être confondue qu'avec un épanchement sanguin dans les deux lobes ou dans la ligne médiane du cerveau ; mais dans ce cas, l'erreur n'aurait aucun inconvénient, vu la conformité de traitement à employer dans ces diverses circonstances. L'hydrocéphale chronique sera facilement reconnue par la lenteur dans le début, la marche progressive de la paralysie, et des autres phénomènes de compression cérébrale.

Le ramollissement du cerveau, se distingue principalement par la différence de la paralysie. Les individus qui doivent en être affectés deviennent moroses, impatiens, irascibles, se plaignent d'une céphalalgie opiniâtre dans un point fixe de la tête, de fourmillement, d'engourdissement et même de douleurs dans les membres du côté opposé à l'hémicranie ; les mouvemens de ces membres deviennent de plus en plus gênés, il s'y manifeste quelquefois des convulsions, et presque toujours ils se contractent et finissent par se paralyser complètement. Alors les fonctions intellectuelles paraissent comme engourdies, les réponses sont lentes, tardives, embarrassées, quelquefois contradictoires; la mémoire est chancelante ou

entièrement abolie ; la figure est dans un état de stupeur très-remarquable ; le malade perd peu à peu connaissance, et meurt dans un état comateux.

D'après ces signes, il est certainement très-facile de distinguer le ramollissement de l'apoplexie. Mais si la marche de cette affection est très-prompte ; si le malade a perdu connaissance, avant qu'on ait pu l'observer, et s'il est impossible de se procurer aucun renseignement, à quels signes pourra-t-on reconnaître cette affection? Ici, le praticien le plus expérimenté est forcé de rester dans le doute : et, si les membres ne sont point dans un état de contraction, ou affectés de mouvemens spasmodiques, ce qui ne se rencontre point dans l'apoplexie ; si enfin on ne peut avoir aucun symptôme commémoratif exact, il est de toute impossibilité au médecin de porter son diagnostic. Heureusement que les moyens qui conviennent à l'une de ces affections sont également applicables à l'autre.

Anatomie pathologique. L'apoplexie, comme je l'ai déjà dit, peut provenir d'une seule distension des parois des vaisseaux cérébraux ; alors elle est générale, uniforme ; on remarque à l'extérieur un engorgement sanguin qui se manifeste par l'injection et la couleur violacée de la face. Souvent on voit cette coloration s'étendre sur le cou, les épaules et les membres supérieurs, et produire çà et là de larges plaques plus ou moins foncées, semblables à des ecchymoses. L'engorgement des vaisseaux du cuir chevelu et des parties sous-jacentes est tel, qu'à chaque incision qu'on y pratique, il s'écoule beaucoup de sang ; les vaisseaux de la dure mère sont distendus et injectés ; la pie-mère elle-même est très-rouge ; tous les vaisseaux les plus déliés regorgent de sang, deviennent très-apparens, et forment une espèce de réseau vasculaire très-serré à l'entour du cerveau. Les prolongemens de cette membrane, qui forment les plexus choroïdes, participent à sa turgescence sanguine et à sa rougeur. Lorsque la mort survient très-promptement, on trouve quelquefois une infiltration sanguine de la même membrane. Quand on coupe le cerveau

par tranches, on voit suinter de sa surface une foule de gouttelettes de sang qui reparaissent lorsqu'on les essuie, et donnent à la substance blanche une teinte rosée.

Si cette maladie dépend d'une hémorrhagie, il se présente des altérations relatives au siége du foyer, au sang épanché et à la substance cérébrale.

C'est, pour l'ordinaire, dans l'épaisseur du cerveau, quelquefois à l'extérieur de cet organe et sur quelques points de la surface des ventricules, que l'on rencontre les épanchemens de sang, et toujours du côté opposé à la paralysie; néanmoins on en a observé dans le cervelet, la protubérance annulaire, et dans divers points de la moelle allongée. D'après M. *Rochoux*, chaque côté du cerveau paraît également exposé à devenir le siége de l'hémorrhagie; et si en cela il diffère du célèbre *Morgagni*, qui attribuait une plus grande fréquence au côté droit qu'au côté gauche, il n'en est pas de même de la partie du cerveau et de la substance cérébrale affectée. Ainsi, sur un relevé de quarante-un épanchemens, M. *Rochoux* en a trouvé vingt-huit dans le petit espace occupé par la substance grise qui forme le corps strié et la couche optique, et les treize autres dans les portions de la substance médullaire des hémisphères, plus ou moins près des corps cannelés. M. *Lallemand* également en a trouvé vingt dans la substance grise, sur un relevé de vingt-un. A quoi attribuer cette plus grande fréquence de l'hémorrhagie dans la substance corticale? Déjà *Morgagni* avait pensé qu'on ne devait point attribuer cette disposition au hasard seul, et qu'il fallait en chercher la cause dans la structure du cerveau et dans les endroits qui reçoivent les vaisseaux les plus nombreux et d'un plus gros calibre. A cette occasion, il fait la remarque qu'en coupant les corps striés horizontalement, il vit, à la partie antérieure externe de chacun, une petite fossette dans laquelle on voyait manifestement un vaisseau sanguin; il ajoute: « Je me souviens qu'en coupant ces corps obliquement et lente-« ment, je fis voir dans le même côté plusieurs fils rouges; c'étaient « des filets sanguins. » Il est facile en coupant horizontalement les corps

striés d'un cerveau un peu injecté, de s'assurer combien cette remarque est juste et judicieuse, et combien elle s'accorde avec l'anatomie, qui nous apprend que la substance grise est celle qui reçoit les vaisseaux les plus nombreux, et que c'est dans son épaisseur qu'ils se ramifient avant de pénétrer dans la substance médullaire.

L'épanchement de sang doit nécessairement varier suivant son volume et le temps qui s'est écoulé entre l'attaque et la mort. Celle-ci arrive-t-elle peu de tems après l'attaque, et l'hémorrhagie est-elle légère ? on trouve un ou plusieurs petits caillots de sang noir, qui n'ont encore subi que les changemens qu'éprouve ce liquide toutes les fois qu'il cesse d'être soumis à la circulation. Les parois de la petite cavité qui renferme le sang, ont déjà pris sa couleur, et leur consistance est moindre que celle de la substance qui s'en trouve éloignée d'une ou deux lignes, cette dernière étant tout au plus injectée et souvent dans son état naturel.

Si maintenant j'examine une hémorrhagie au deuxième degré, je trouve un caillot de sang également noir, mais plus volumineux; et la substance cérébrale qui l'entoure, presque toujours désorganisée, dans certains points mêlée avec quelques petits grumeaux de sang; d'autres fois offrant seulement une teinte rosée.

L'hémorrhagie très-forte, nous présente des désordres bien plus considérables : la pulpe cérébrale paraît dans certains points avoir été malaxée avec du sang, d'autres fois on dirait que ce liquide a fusé dans divers points du cerveau, et qu'il y a eu plusieurs foyers primitifs. Il est, en effet, des cas où l'on en trouve qui sont tout-à-fait séparés; mais le plus souvent, c'est le même épanchement qui a fait éruption dans les ventricules, par exemple. Enfin on a vu des hémorrhagies qui avaient désorganisé toute la masse encéphalique; il serait bien difficile alors de savoir si de pareilles hémorrhagies ont été ou non précédées de ramollissement.

Si le malade succombe du quinzième au vingtième jour après l'attaque, on trouve un caillot de sang d'une consistance plus grande,

moins rouge, et entouré de sérosité qui déjà a commencé à liquéfier sa circonférence. Meurt-il à une époque plus reculée, de six semaines à deux mois, par exemple ; le caillot est plus consistant et ressemble assez au sang des tumeurs anévrismales. Plus tard, il devient encore plus compacte, diminue peu à peu par l'effet de l'absorption, et finit par disparaître entièrement dans un temps indéterminé, et qui varie suivant le degré de l'hémorrhagie, et selon l'âge et le tempérament du sujet ; car il est évident que plus la quantité de sang sera petite, moins il faudra de temps à la nature pour s'en débarrasser, et l'expérience a démontré que les personnes jeunes, fortes et d'un tempérament sanguin, guérissaient beaucoup plus vite que celles qui sont vieilles ou d'un tempérament lymphatique.

Si l'on examine la substance cérébrale qui entoure un épanchement placé au milieu du cerveau, on la trouve molle, colorée en rouge, dans l'épaisseur d'une à deux lignes ; la couche extérieure à celle-ci est d'une couleur jaune serin, très-molle, et quelquefois parsemée de petits caillots de sang, gros comme des têtes d'épingles. Enfin, en ajoutant foi à l'assertion de M. *Richond*, il existerait une troisième couche d'une ligne d'épaisseur, plus dure que les parties voisines, ce qui lui paraît être le premier degré de l'irritation cérébrale. Lorsque l'hémorrhagie se fait dans les ventricules ou à la surface du cerveau, le ramollissement jaune est alors bien moins prononcé et plus difficile à reconnaître.

L'épanchement devient-il très-ancien, il s'opère des changemens très-remarquables sur les parois des cavités. Celles-ci se rapprochent et se cicatrisent ; mais la nature n'emploie pas toujours les mêmes moyens. A mesure que le sang liquéfié par l'exhalation séreuse est absorbé, et diminue de volume, on voit paraître à la surface interne des cavités des filamens celluleux et vasculaires, résultats de la déchirure du cerveau. Ces filamens, après être restés écartés par un liquide rouge d'abord, qui devient jaune plus tard, se réunissent ; il se forme une cicatrice qui a quelquefois l'apparence d'une ligne tremblée, d'une consistance plus grande que celle que l'on trouve

dans le cerveau, d'une couleur jaunâtre, rougeâtre ou brunâtre : d'autres fois, on trouve les cavernes vides de tout liquide; mais les parois n'en sont que rapprochées et non réunies, il est vraisemblable qu'avec le temps la réunion eût eu lieu.

Il n'est pas très-rare de voir succéder une espèce de kyste formé par une membrane qui dans le principe est mince, de couleur jaunâtre ou rougeâtre, puis devient plus épaisse, plus résistante, s'organise peu à peu et reste analogue aux membranes muqueuses. *Wepfer* et *Morgagni*, ont les premiers, observé ces kystes. Après eux, M. *Marendel* en 1807, M. *Rochoux* en 1812, et surtout M. *Riobé* en 1814, ont fixé de nouveau l'attention des observateurs sur ces altérations qui parurent comme des découvertes. M. *Lallemand*, de Montpellier, les a décrites avec beaucoup d'exactitude, et a prouvé par un grand nombre de faits, que c'était vers le trentième jour de la maladie que l'on commençait à apercevoir les rudimens de la membrane dont elles sont formées; que cette membrane, qui se forme d'une manière analogue à celle des autres fausses membranes, fournit un liquide séreux, qui, baignant le sang extravasé, le dissout et en facilite la résorption. Quelquefois on rencontre dans ces kystes une matière fibrineuse qui a quelque ressemblance avec du tissu cellulaire infiltré de sérosité. Lorsque le sang a disparu entièrement, la nouvelle membrane cesse ses fonctions exhalantes; ses parois s'épaississent, se rapprochent, contractent des adhérences, et s'effacent; le kyste, en se réduisant, se confond de plus en plus avec la substance cérébrale, et offre au bout d'un temps indéterminé une cicatrice ordinairement linéaire.

Outre ces altérations cadavériques, et qui sont propres à l'apoplexie, il en est d'autres qui peuvent concourir à déterminer cette maladie; mais qui seules ne peuvent pas la produire. Comme ces altérations sont très-nombreuses, je ne ferai que passer rapidement en revue les principales.

Dans le ramollissement du cerveau, le sang n'est plus épanché de la même manière, il est comme *trituré* avec la substance encé-

phalique ; ce mélange a une couleur de lie de vin. Les vaisseaux qui s'y rendent sont toujours engorgés de sang, et on peut facilement les suivre au milieu de la substance cérébrale qui est ramollie. Le cerveau ne présente plus, dans l'endroit qui est le siége de l'hémorrhagie, une démarcation bien tranchée, comme on l'observe dans celle qui arrive sans ramollissement; mais cette altération est-elle cause ou effet de l'épanchement ? MM. *Rostan* et *Richond* n'hésitent pas à avancer qu'elle est toujours primitive, et que son existence antérieure est nécessaire à la rupture des vaisseaux ou à l'hémorrhagie cérébrale. M. *Rochoux*, dans le doute, propose de le nommer *ramollissement concomitant*. Enfin, M. *Lallemand*, tout en admettant qu'il peut précéder et favoriser la formation de l'épanchement, et par conséquent être le résultat de l'inflammation, admet aussi qu'il peut être consécutif, et dans ce cas, produit par la présence du sang comme corps étranger; ramollissement analogue à ceux que M. *Récamier* considère comme n'étant pas le résultat d'une céphalite: c'est cette dernière opinion qui, je crois, doit prévaloir.

Il peut arriver qu'une nouvelle hémorrhagie survienne quelques jours après la première. Alors on trouve à l'autopsie deux caillots bien distincts, dont l'ancien est pour l'ordinaire renfermé dans le nouveau qui en diffère plus ou moins suivant le temps qui s'est écoulé avant et après leur formation. Lorsque cette nouvelle hémorrhagie a eu lieu dans une autre partie de l'encéphale, on rencontre deux épanchemens dont on peut reconnaître l'ancienneté aux modifications qu'ils ont éprouvées.

Outre ces altérations, on rencontre assez souvent les traces d'une phlegmasie des meninges: de là, une opacité, un épaississement accompagné ou non de rougeur et d'exhalation récente des ossifications ; des sinus de la dure-mère et de l'aorte descendante ; des tubercules, des hydatides, etc., dans le cerveau ; l'hypertrophie du cœur, et l'inflammation des bronches et du canal intestinal.

Prognostic. L'apoplexie ne peut être qu'une maladie extrêmement

grave, puisqu'elle immole presque toutes ses victimes, ou pour le moins les estropie, et qu'une première attaque prédispose à une seconde.

Tant qu'il n'y a que congestion cérébrale, on peut à l'aide de moyens prompts diminuer cet afflux de sang, et bientôt le malade recouvre la santé.

L'épanchement décidé est-il peu considérable, arrive-t-il sans que le malade perde connaissance, la mort n'est point infaillible et le sang disparaît peu à peu par l'absorption. Mais l'hémorrhagie jette-t-elle le malade dans un coma profond, l'hémiplégie est-elle complète, cet état est toujours fâcheux, et il le devient davantage encore lorsque la paralysie affecte les deux côtés du corps, et dans tous les cas où la respiration devient difficile. La suppression, la rétention et l'incontinence d'urine; la constipation et l'émission involontaire des matières stercorales, sont d'un très-mauvais augure: cependant le prognostic varie suivant que le coma se prolonge plus ou moins long-temps; il est toujours désavantageux lorsque cet état persiste malgré toutes les ressources de la médecine. Le ronflement, la pâleur de la face, l'immobilité des pupilles et la paralysie des joues sont encore d'un sinistre présage; il en est de même de l'insensibilité complette et du refroidissement des extrémités. La mort est même certaine, si en même temps que la respiration devient stertoreuse et le pouls tumultueux, la poitrine et le visage se couvrent d'une sueur froide et gluante. C'est ordinairement avant le huitième jour que la mort arrive, et quelquefois du premier au troisième; mais en général il est fort rare de voir des apoplectiques mourir avant trois ou quatre heures.

Le siége de l'épanchement ne doit pas être indifférent pour porter le prognostic, le volume du sang étant égal d'ailleurs. Celui qui a lieu entre le cerveau et les membranes et dans les ventricules, est moins dangereux, et est plus promptement absorbé que celui qui siége dans la substance même du cerveau. Cependant, il est moins dangereux que l'hémorrhagie occupe un des hémisphères que le

cervelet, la protubérance annulaire, et la partie supérieure de la moelle épinière; puisque l'expérience a démontré qu'un épanchement, même peu considérable, qui affecte ces parties, est presque toujours mortel. Le médecin devra aussi examiner la force du sujet: car le prognostic sera toujours plus fâcheux, lorsqu'on aura à faire à un sujet faible, lymphatique et d'un âge avancé; lorsque le froid sera rigoureux, la chaleur forte, l'atmosphère fortement électrisée; enfin lorsqu'il surviendra des changemens brusques de température qui pourront renouveler l'hémorrhagie. Personne n'ignore que, si l'apoplexie est occasionnée par une affection organique, telle qu'un anévrisme du cœur, elle sera plus dangereuse que si elle dépendait d'une cause qu'on pourrait facilement faire cesser; qu'une seconde attaque sera plus dangereuse qu'une première, etc. Mais c'est surtout aux complications qne le médecin doit bien faire attention. La fièvre n'est pas toujours un symptôme fâcheux; mais chez un sujet sanguin, il faut promptement y remédier. La céphalalgie avec douleur et contracture des membres est du plus mauvais augure. Il en est de même des soubresauts des tendons, des convulsions et du délire. La langue rouge, couverte d'un enduit fuligineux, est encore d'un sinistre présage; elle annonce ordinairement un mauvais état des organes digestifs, altération d'autant plus fâcheuse qu'elle ne permet pas de faire usage de tous les moyens qui seraient utiles pour l'apoplexie; ce cas n'est cependant pas toujours mortel.

Lorsque les apoplectiques sont assez heureux pour guérir, les parties qui ont été paralysées sont plus sensibles au froid; la chaleur y est quelquefois moins développée que dans celles qui sont restées saines, et le tact peut y être émoussé. Si ces symptômes ne se sont pas dissipés au bout de cinq à six mois, on doit craindre qu'ils ne persistent au même degré: on pourra même affirmer que le malade restera paralysé, si, à cette époque, il n'a point recouvré la facilité de mouvoir ses membres; accident assurément très-grave, mais moins dangereux que certaines inflammations qui surviennent quelquefois dans l'endroit qui a été le siége de l'hémorrargie, et

qui déterminent dans tout le côté frappé de paralysie, un état si douloureux qu'il rend la vie à charge au malade. D'après ce qui précède, je crois qu'il sera facile de voir que l'apoplexie est une affection dans laquelle le médecin ne doit pas toujours porter son prognostic dès le moment de l'invasion, puisque souvent on doit attendre la résorptio ndu sang, pour juger des accidens consécutifs.

Traitement. Le médecin appelé près d'un malade qui vient d'avoir une attaque d'apoplexie, doit certainement employer promptement des remèdes énergiques pour en arrêter les suites fâcheuses; mais il doit aussi chercher à prévenir *l'insultus*, ou le retour d'une aussi terrible maladie par des moyens hygiéniques sages et bien ordonnés : ce qui me conduit naturellemet à diviser le traitement en préservatif et en curatif.

Moyens prophylactiques. La gravité de cette maladie, dans la plupart des circonstances, doit rendre attentives les personnes qui en sont menacées par leur constitution, à éviter tout ce qui pourrait la déterminer, et à éloigner, par une conduite en rapport avec les soins hygiéniques habituels, toutes les causes qui pourraient agir sur leur prédisposition. Aussi rejetant les poudres préservatives, les amulettes, les eaux antiapoplectiques, etc., que le temps à réduites à leur juste valeur, et me renfermant dans l'observation des règles d'une sage hygiène, je conseillerai aux personnes disposées à l'apoplexie, ou qui ont été déjà atteintes d'une ou de plusieurs attaques :

1.° Une habitation commode et saine, où la température sera modérée, et dont l'air sera constamment renouvelé;

2.° Des vêtemens larges et appropriés à la saison, afin de ne gêner en rien la circulation; un lit formé plutôt de laine et de crin que de plumes et d'édredon, ces dernières substances ayant l'inconvénient de favoriser la congestion cérébrale par la vive chaleur qu'elles entretiennent; le chevet sera sur un plan plus élevé, et les couvertures seront légères; des bains tièdes de propreté avec la précaution de

tenir sur la tête du malade, pendant le temps qu'il sera dans la baignoire, des compresses trempées dans l'eau froide ;

3.° Pour régime : des alimens doux, de facile digestion et en petite quantité. Les végétaux frais en feront la majeure partie ; parmi ceux-ci : les fruits acidules bien mûrs, les légumes rafraîchissans, la betterave, la laitue, la chicorée, les épinards, etc. Les substances animales seront les viandes blanches, le veau, le poulet, les œufs, la plupart des poissons, etc. Les boissons se composeront d'une limonade, d'une orangeade ou de l'eau rougie, l'abstinence complète des liqueurs alcoholiques, du café et des repas du soir (1).

4.° L'entretien des évacuations naturelles, d'un exutoire, d'un ulcère en suppuration, d'une éruption cutanée invétérée ; des saignées, ou des purgatifs de précaution, dont certaines personnes contractent l'habitude.

5.° Un exercice modéré, une variété bien entendue dans les occupations, un sommeil et des veilles pas trop prolongés.

6.° L'éloignement de toutes les passions vives, des grandes émotions, d'une joie excessive, de l'excès des plaisirs de l'amour.

Si, nfalgré ces précautions, la tête venait à s'embarrasser, il faudrait redoubler de soins et d'attention, prescrire la diète la plus sévère, faire quelques saignées, rappeler les évacuations supprimées, ordonner des pédiluves sinapisés, des frictions irritantes sur les membres inférieurs, des lotions froides sur la tête; déterminer une irritation dérivative sur le ventre ; mettre enfin en usage tout ce que l'art a de plus puissant pour dissiper ce commencement de congestion cérébrale, et préserver ainsi l'homme d'une des maladies les plus cruelles.

Moyens curatifs. De la définition de l'apoplexie que j'ai donnée, découlent deux indications principales à remplir : 1.° prévenir la

(1) M. *Portal* a remarqué que, depuis la suppression des soupers à Paris, les attaques d'apoplexie pendant la nuit y étaient bien moins fréquentes.

rupture des vaisseaux sanguins en détruisant l'afflux de sang; 2.° la rupture une fois formée, combattre l'hémorrhagie.

Première indication. Le médecin appelé près d'une personne qui vient d'avoir une attaque d'apoplexie, doit aussitôt la relever en lui imprimant le moins de secousses possible, et la placer dans un lieu où l'air circule librement. Si quelques parties de ses vêtemens, tels que la cravate, le col de la chemise, gênent la circulation; il devra les desserrer, en ayant soin de faire tenir la tête et le tronc du malade fortement élevés. Il aura ensuite recours aux moyens vraiment curatifs, au nombre desquels je place en première ligne la saignée, dont l'efficacité est le moins contestée : de tous temps elle a été regardée comme le premier moyen et le plus énergique. *Hippocrate* recommande d'y recourir promptement. *Arétée*, en parlant du traitement de l'apoplexie, s'exprime ainsi : « *Utpotè magno effectui*, « *magnum remedium missio sanguinis est.* » Celse dit au même sujet : « *Post sanguinis missionem, si non redit et motus et mens*, « *nihil spes superest.* » Wepfer, Tissot, Valsalva, Morgagni attachent une grande importance à la saignée. M. *Portal* recommande de débuter par les évacuations sanguines, malgré la pâleur de la face, la petitesse du pouls, etc., et lors même qu'on soupçonnerait un épanchement séreux. Enfin, plus récemment encore, les auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie s'accordent à donner la plus grande confiance à la saignée.

Parmi ceux qui l'ont préconisée, les uns conseillent de la pratiquer à la jugulaire, d'autres au pied ou au bras, d'autres enfin préfèrent l'artériotomie. *Valsalva*, *Morgagni* et d'autres conseillent de la pratiquer à la jugulaire, parce que, disent-ils, elle débarrasse directement le cerveau du sang qui l'oppresse : c'est vrai; mais cet effet n'est que momentané. A mesure que le sang veineux abandonne le cerveau, le sang artériel y afflue et la congestion se prolonge, à moins que l'on ne retire une très-grande quantité de ce liquide; mais alors le bon effet ne dépend que de la quantité de sang tiré et non

du lieu ou l'on a pratiqué la saignée. *Catherwood* préfère l'artériotomie temporale, mais rien ne prouve qu'elle soit préférable à la saignée du pied, si ce n'est en soustrayant du sang dans une certaine étendue des tégumens épicraniens ; elle y établit un afflux dérivatif et par conséquent favorable. Je suis loin de toujours la rejeter: mais je pense qu'elle ne doit être employée que dans les cas d'apoplexie violente survenue tout-à-coup chez un sujet fort et sanguin ; lorsqu'il se manifeste des signes redoutables de congestion, surtout lorsque celle-ci ne cède point aux autres saignées. Je crois donc que la saignée du bras, et surtout celle du pied, qui, dit-on, agit plutôt comme révulsive, doivent être préférées. *Baglivi* voulait qu'on saignât du côté paralysé : *Arétée*, du côté opposé à la paralysie ; c'est aussi ce que conseille M. *Serres*, et ce qui paraît plus raisonnable.

La quantité de sang doit toujours se mesurer à la gravité des symptômes et aux forces du malade; car il ne faut pas croire qu'on puisse saigner largement toutes les personnes qui sont frappées d'apoplexie : on en voit même de si faibles qu'il est impossible d'avoir recours aux évacuations sanguines un peu abondantes, c'est alors que les sangsues à la base du crâne, les compresses trempées dans l'eau froide, et mieux encore la glace appliquées sur la tête, les bains de pieds fortement sinapisés sont les seuls moyens qu'on doive mettre en usage. Les ventouses scarifiées, appliquées à la nuque, ont aussi produit de bons effets chez les sujets que l'on craignait de trop affaiblir, et ont été beaucoup vantées par *Arétée*, *Hoffmann*, *Zacutus*, *Walter*, *Morgagni* et autres. Mais si le malade se trouve dans toute autre circontance, s'il est jeune, pléthorique et s'il a de l'embonpoint; si le pouls est plein et dur, la face rouge, les yeux injectés, on ne doit pas balancer à pratiquer une large saignée du pied en ayant soin de recouvrir la tête d'une vessie à moitié remplie de glace concassée. Si la saphène ne fournissait pas une assez grande quantité de sang, il faudrait aussitôt saigner au bras, et en même temps ou immédiatement après cette saignée, mettre les pieds du malade dans un bain rendu irritant par l'addition de sel de cuisine

ou de graine de moutarde en poudre, et quand les veines seraient gonflées, appliquer des sangsues autour des malléoles pour favoriser la dérivation et la rendre plus durable.

Mais ici se présente naturellement cette question. Doit-on saigner de suite, malgré la plénitude de l'estomac, dans l'apoplexie survenue après un repas copieux ? Plusieurs praticiens célèbres de l'antiquité, parmi lesquels on peut citer *Morgagni*, saignaient également. M. *Portal* et plusieurs médecins modernes ont suivi leur exemple, et je suis volontiers porté à admettre cette opinion. En effet, il est une chose incontestable, c'est qu'il faut agir, et qu'il faut le faire promptement, si l'on ne veut pas s'exposer à laisser périr le malade ; il est certain que le moindre retard peut lui devenir funeste. On craint, dira-t-on, que la saignée ne tue les malades, en provoquant une indigestion mortelle : on est allé jusqu'à accuser M. *Portal* et d'autres médecins distingués, d'avoir tué leurs malades, pour avoir débuté par la saignée, et l'on ne craint pas de leur faire avaler de fortes doses d'émétique pour les faire vomir et débarrasser l'estomac. Et qu'est-ce autre chose que le vomissement dans ce cas, si ce n'est une véritable indigestion ? D'ailleurs, on sait que l'action de l'émétique est presque entièrement nulle sur la sensibilité de l'estomac, on le donne donc en pure perte : ainsi on laisse écouler un temps précieux qui serait mieux employé à agir différemment, et pendant lequel le mal ne fait qu'augmenter. Il est constant que, lorsqu'on donne l'émétique, on a l'intention de faire vomir ; il est également constant que ceux qui s'opposent à la saignée craignent le vomissement. Comment se fait-il qu'un effet qui est toujours le même, puisse être mortel dans un cas et salutaire dans l'autre? J'admets maintenant que le vomissement soit utile. Croit-on qu'on l'obtiendra plus facilement par l'émétique, que par la saignée ? Ne sait-on pas que cette dernière peut encore plus facilement le provoquer ? Si, dans ce dernier cas on l'obtient, n'aura-t-on pas d'abord désempli les veines du cerveau, et débarrassé l'estomac? L'émétique, s'il eut pu faire vomir, aurait-il eu le même effet?

n'aurait-il pas, au contraire, augmenté la congestion cérébrale au lieu de la diminuer? D'ailleurs, il est prouvé par un assez grand nombre de faits, que la saignée, dans le cas dont il s'agit, ne produit pas toujours le vomissement, et que même il n'a lieu, quand on a donné l'émétique, que lorsqu'une évacuation sanguine est venue, en diminuant la compression cérébrale, ramener à son type la sensibilité de l'estomac, et lui permettre de percevoir l'action irritante des médicamens qu'on y a introduits. On dira que des individus apoplectiques à la suite d'un repas, sont morts après avoir été saignés : c'est vrai. Mais, n'avait-on pas affaire à des apoplexies violentes? Le malade aurait-il péri moins vite, si la saignée n'eût pas été pratiquée? Je crois que non. De quel poids est d'ailleurs la crainte d'une indigestion incertaine dans une maladie aussi grave? Quel moyen est plus efficace et plus certain que la saignée? Eh! quoi? parce que, dans quelques cas, elle n'a pas été suivie de succès, est-ce une raison pour la regarder comme dangereuse? Peut-elle, par exemple, arrêter les progrès effrayans de l'épanchement qui résulte de la rupture d'un vaisseau de la substance cérébrale? Non; elle peut tout au plus le retarder. Je le demande, que fera-t-on dans un cas semblable? accordera-t-on à l'émétique la propriété de diminuer la congestion ou l'épanchement, soit qu'on veuille le faire agir comme vomitif ou comme révulsif? Je ne le crois pas. Que reste-t-il donc à faire? Attendre de la méthode expectante le soulagement du malade? On sent combien une pareille conduite serait blâmable et contraire à tous les principes. Je ne vois donc toujours que la saignée comme le moyen le plus rationnel et le plus approprié à la nature de la maladie, et surtout à son début; et je ne regarde pas la plénitude de l'estomac comme une contre-indication.

Après les émissions sanguines, on devra vider les intestins par des lavemens émolliens, que l'on pourra même rendre purgatifs, lorsqu'on n'a pas à craindre qu'une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale s'exaspère sous l'influence irritante de ce médica-

ment. Puis on enveloppera les pieds et les jambes du malade, avec de larges cataplasmes très-chauds, faits avec parties égales de farine de graine de lin et de moutarde qu'on laissera jusqu'à ce qu'ils causent de la douleur. Lorsqu'on les enlèvera, il faudra avoir soin, si la température est froide, de mettre un corps chaud à la place pour entretenir la chaleur. Si ce dernier moyen ne paraissait pas assez actif, on appliquerait de larges vésicatoires aux jambes ou aux cuisses, que l'on entretiendrait pendant quinze ou vingt jours. Quelques médecins préfèrent les appliquer à la nuque, mais ce mode d'agir n'est avantageux que chez les individus d'un tempérament lymphatique ; car chez ceux qui sont d'un tempérament nerveux, on détermine presque toujours une irritation qui peut avoir des suites fâcheuses. Je pourrais en dire autant du séton et du moxa. Quant aux boutons de feu, qu'*Aétius* et *Willis* conseillent d'appliquer à la tête, je pense que ce sont des moyens extrêmes dont on doit faire usage seulement lorsque tous les autres remèdes ont échoué, et lorsqu'on entrevoit encore l'espérance de sauver le malade; et, même dans cette circonstance, un large vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu serait peut-être préférable, en ce sens qu'il n'altérerait pas la bulbe des cheveux.

Le médecin prudent n'aura jamais recours à ces moyens extrêmes. Si la connaissance ne revient pas après une première saignée chez un sujet fort, par exemple, il devra auparavant en pratiquer une seconde, et même un troisième si la constitution le permet, s'informer s'il n'y avait point d'organe irrité avant la formation de l'apoplexie, point de suppression de règles, du flux hémorroïdal, etc : car, dans ces cas, des sangsues sur l'organe malade, à la vulve, à l'anus ont été souvent suivies de grands succès. Un vésicatoire placé sur une dartre rentrée, sur un ulcère sec, a produit dans certains cas un effet merveilleux.

Enfin, si, malgré tous ces moyens, le malade reste dans un coma profond, il est voué à une mort certaine, et toutes les ressources de la médecine deviennent entièrement inutiles.

Deuxième indication. L'épanchement sanguin une fois formé, quelle conduite doit-on tenir? Doit-on, avec MM. *Richerand, Lallemand, Rochoux* et *Rostan,* combattre l'hémorrhagie par les saignées et tous les moyens que j'ai indiqués? Ou bien doit-on, avec le professeur *Récamier* et d'autres, craindre d'abréger par la saignée les jours du malade, en augmentant le collapsus et en mettant la nature dans l'impossibilité de lutter contre la maladie? Les effets du cerveau étant relatifs, dans leur intensité, à la plus ou moins grande quantité de sang épanché, il paraît probable que plus on soustrait de sang, en ayant égard aux forces du malade, plus on enlève de matériaux à la formation de l'épanchement, et plus par conséquent on doit mettre d'obstacle à son agrandissement. Si le malade meurt dans ce cas-là après la saignée, ce n'est point à elle qu'il faut attribuer la mort, mais bien à l'hémorrhagie.

Après avoir combattu les premiers symptômes par les moyens indiqués ci-dessus, le médecin doit tout attendre de la nature, qui est certainement plus puissante que tous les moyens imaginés pour obtenir la résorption du sang épanché; il doit se borner à prescrire un régime sévère, dont la diète est le moyen le plus utile pour faciliter la résorption du caillot, et hâter la guérison de la paralysie. Je ne parlerai point des onguens résolutifs que les anciens appliquaient sur la tête des apoplectiques, ni des eaux dites *antiapoplectiques* qu'*Hoffmann* a si judicieusement proscrites; mais je vais faire un choix parmi les substances qu'on a l'habitude d'administrer dans l'apoplexie, et dont l'expérience a reconnu l'efficacité. Ainsi, chez un individu fort, sanguin, pléthorique, j'administrerai des boissons délayantes et adoucissantes, telles que la limonade, l'orangeade édulcorées avec le sirop de guimauve, et rendue laxative avec ℥j d'extrait de casse; l'hydromel avec ℥j de manne; la décoction d'orge perlé, de racine de chiendent édulcorée avec du miel, et rendue laxative avec ʒij de crême de tartre soluble, ou ℥j de pulpe de tamarin. Mais chez les sujets grêles, scorbutiques, qui ont la face pâle, les extrémités froides, chez lesquels la réaction est difficile, je ne vois

aucun inconvénient à ordonner, par exemple, une infusion d'arnica, de sauge, de mélisse, de menthe, etc., édulcorée avec un sirop antiscorbutique, avec addition du sulfate de magnésie ou de soude, ou bien de l'acétate d'ammoniaque, en ayant toutefois la précaution de remplacer ces boissons par d'autres beaucoup moins excitantes aussitôt que la réaction aura eu lieu. Dans les cas intermédiaires on doit modifier le traitement suivant la constitution du malade et la gravité des symptômes. Si par hasard les mâchoires se trouvaient serrées ou que la déglutition fût impossible, il faudrait introduire les boissons dans l'estomac au moyen d'une sonde de gomme élastique, qu'on passerait par les fosses nasales s'il n'était pas possible de la faire entrer par la bouche. Le malade prendra chaque jour un lavement émollient pour entretenir la liberté du ventre; et si la constipation, qui est si fréquente et si nuisible dans l'apoplexie, survenait, il faudrait rendre le lavement laxatif, et même purgatif, si le premier ne produisait rien.

L'emploi de ces médicamens sera continué plus ou moins longtemps suivant l'amélioration des symptômes; ce n'est qu'au lit du malade qu'on peut en fixer la durée. On devra pendant leur usage surveiller d'un œil attentif les effets qu'ils produiront sur l'économie animale et particulièrement sur les organes digestifs, afin de pouvoir les suspendre aussitôt qu'ils seront nuisibles, et les remplacer par des moyens appropriés. Le médecin devra souvent palper la région hypogastrique pour s'assurer s'il n'y a pas rétention d'urine, car il n'est pas fort rare de voir, la vessie étant très-distendue, les urines sortir par regorgement; ce qui peut induire en erreur les personnes qui entourent le malade, qui ne manqueront pas en voyant les draps mouillés de dire qu'il y a incontinence d'urine. Si, par malheur, le médecin n'y fait pas attention, bientôt l'âcreté de ce liquide causera l'inflammation de la vessie qui réagira sur le cerveau, occasionnera de nouveaux accidens et peut-être la mort de l'individu. Il n'est pas moins utile de tenir les malades très-propres, de panser soigneusement les blessures qu'ils ont

pu se faire en tombant, et de les laisser dans le calme et le repos le plus parfait.

Traitement des complications. Les accidens occasionnés par l'apoplexie ne sont pas les seuls qui demandent l'attention du médecin; il a encore à combattre une foule de complications qui viennent s'y joindre. Il est assez commun de voir un peu de fièvre se manifester dans les premiers jours : c'est le cas, si le sujet est fort et pléthorique, de revenir à la saignée; tandis que si l'individu est faible, si c'est un vieillard épuisé, il faut seulement avoir recours aux révulsifs. Il ne faut pas oublier que, toutes les fois qu'il y a possibilité de recourir à la saignée, il est nécessaire de commencer par la pratiquer avant d'employer les autres moyens. S'il survient une arachnoïdite ou quelques symptômes d'inflammation du cerveau qui fasse craindre le ramollissement de cet organe, il est indispensable d'employer le traitement antiphlogistique, de supprimer toute boisson excitante, d'appliquer, si les forces du sujet le permettent, un grand nombre de sangsues à la base du crâne, de la glace pilée sur la tête, et ensuite de faire usage des révulsifs, etc. S'il survenait une pleurésie, une pneumonie, etc., on aurait recours aux mêmes moyens que réclament ces maladies dans les autres circonstances, en ayant toujours égard aux forces des malades. Si l'apoplexie était survenue chez un individu qui aurait une hypertrophie du cœur, et qu'on jugeât à propos de rétablir la circulation, ce serait le cas d'employer des préparations de digitale, si toutefois l'estomac n'était point enflammé, car celles-ci seraient alors très-nuisibles. Si cette inflammation existe, on doit se comporter, comme dans toutes les phlegmasies, mettre le malade à une diète plus sévère, donner des boissons adoucissantes, appliquer des sangsues à l'épigastre, et, dans le cas d'entérite, à l'anus. S'il y a rétention d'urine, on doit faire des frictions avec un liniment camphré, sur l'hypogastre, à la partie supérieure et interne des cuisses; si ce moyen échoue, sonder le malade. Enfin, s'il survenait d'autres complications, on devrait modifier le traitement suivant la nature de la maladie.

A fur et à mesure que l'épanchement de sang diminue, lorsque l'hémorrhagie a été légère, les membres ou les autres parties paralysées reprennent leurs mouvemens, et, au bout d'un temps plus ou moins long, ils ont recouvré leur force première. S'il restait encore un peu de gêne dans les mouvemens, trois ou quatre mois après l'accident; si les membres étaient sans douleur, sans contracture; si la sensibilité était seulement émoussée, et s'il n'y avait aucun symptôme d'encéphalite, on pourrait alors employer avec succès l'extrait alcoholique de noix vomique, que M. le professeur *Fouquier* donne à la dose de quelques grains en commençant, et qu'il fait monter à quinze, à vingt grains. Si l'on emploie ce médicament, il faudra observer soigneusement ses effets, et le suspendre aussitôt qu'il produira des accidens. Les auteurs conseillent encore lorsque tous les autres moyens ont échoué, d'envoyer les malades aux sources d'eaux minérales salines, telles que celles de Balaruc, de Bourbonne-les-Bains, de Plombière, etc.; ou bien aux eaux sulfureuses de Bagnères, Barèges, etc.

Tels sont les moyens curatifs, les seuls que l'on puisse, je crois, raisonnablement employer contre cette maladie ou ses suites. Je n'ai point parlé des ligatures fortement serrées aux jambes, conseillées par plusieurs médecins, au nombre desquels on compte *Lieutaud*, ni des exercices violens auxquels on soumet les malades, et qui consistent à les faire marcher sur le pavé, à les secouer violemment, à les soumettre à un mouvement giratoire excentrique, et même à tirer auprès d'eux un coup de fusil pour les éveiller, etc.; j'ai omis également l'emploi de l'ammoniaque, du souffre brûlé, et des autres odeurs suffoquantes qu'on leur met sous le nez, regardant tous ces moyens comme plus ou moins dangereux, et pouvant, dans tous les cas, aggraver la maladie. J'aurais peut-être dû parler de l'électricité que *Dehaen* a employée, et qu'il vante beaucoup dans son Traité intitulé *Ratio medendi;* mais les nombreux essais qui ont été tentés par les médecins modernes, tendent à prouver que ce moyen, qui a pu être bon dans quelques paralysies partielles, qui ne dépendaient

pas d'un épanchement au cerveau, a toujours été infructueux, et même nul, dans celles qui reconnaissent pour causes les anciennes cavernes apoplectiques.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò seipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

III.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Sect.* 5, *aph.* 42.

IV.

Apoplexiæ contingunt hyeme. *Sect.* 4, *aph.* 23.

V.

Torpores et sensûs privationes si fortè inciderint, futuræ apoplexiæ signa sunt. *Coac. prænot.*

Si omnia membra vehementer resoluta sunt, sanguinis detractio vel liberat, vel occidit. Cels., *de Re med.*, lib. 3.